

ADDITIONAL INFORMATION FOR THE APPLICATION FOR MEMBERSHIP FOR STUDENTS

ERGÄNZENDE ANGABEN ZUM AUFNAHMEANTRAG FÜR STUDIERENDE

Personal information Persönliche Daten

Surname, first name Name, Vorname	Health insurance number Krankenversicherungs-Nr.	Date of birth Geburtsdatum
Street, house number Straße, Hausnummer	Postal code PLZ	City Ort

Information about your Studies Angaben zum Studium

Name of college / university Name der Fachhochschule / Universität	Start of studies Beginn des Studiums	Current semester Aktuelles Fachsemester
--	--------------------------------------	---

General Information Allgemeine Angaben

In addition to my studies, I am employed Neben dem Studium übe ich eine Beschäftigung aus Yes ja No nein	Employer Arbeitgeber	From ab
Number of weekly working hours Anzahl der Wochenstunden	Approx. wage Arbeitsentgelt ca. Yes ja No nein	I receive a pension or pension benefits (company pension) (please attach proof of the amount) Ich beziehe Rente oder Versorgungsbezüge (Betriebsrente) (bitte Nachweis über Höhe beifügen)
I am self-employed/freelance Ich bin selbstständig/freiberuflich tätig Yes ja No nein	Number of weekly working hours Anzahl der Wochenstunden	I am exempt from the requirement to have health insurance as a student (proof required) Ich bin von der Versicherungspflicht als Student befreit (Nachweis erforderlich) Yes ja No nein
	Approx. wage Arbeitseinkommen ca.	I have children (due to the long-term care insurance contribution surcharge) Ich habe Kinder (wegen Beitragszuschlag Pflegeversicherung) Yes ja No nein

Tax Identification Number Steueridentifikationsnummer

For the transmission of the health and long-term care insurance contributions you have paid to the tax authorities (Section 10 Section 1 No. 3 EStG), please provide your tax identification number:
 The requirement to provide your tax identification number is set forth in Section 22a (2) sentences 1 and 2 EStG. If the tax identification number is not provided to us, or is provided incorrectly, we may request it electronically from the Federal Central Tax Office (BZSt) (Section 22a (2) sentence 2 EStG).
Zur Übermittlung der von Ihnen gezahlten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge an die Finanzverwaltung (§ 10 Abs. 1 Nummer 3 EStG) bitten wir Sie um Angabe Ihrer Steueridentifikationsnummer:
 Die Verpflichtung zur Angabe Ihrer Steueridentifikationsnummer ergibt sich aus § 22a Absatz 2 Satz 1 und 2 EStG. Sofern uns die Steueridentifikationsnummer nicht oder fehlerhaft mitgeteilt wird, können wir die IdNr. per Datensatz beim Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) anfragen (§ 22a Absatz 2 Satz 2 EStG).

Signature Unterschrift

I declare that the information provided is complete and truthful. Any future changes will be reported to BKK Freudenberg without delay and appropriate supporting documents will be submitted.
 Ich erkläre, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Künftige Änderungen werden der BKK Freudenberg unverzüglich mitgeteilt und geeignete Nachweise vorgelegt.

Date, place Datum, Ort	Signature Unterschrift 
------------------------	---

BKK Freudenberg
Höhnerweg 2 – 4
69465 Weinheim

This form can be conveniently completed on screen and then printed, signed and sent to us by post / e-mail or by fax. Dieses Formular können Sie bequem am Bildschirm ausfüllen und anschließend ausgedruckt und unterschrieben an uns per Post / E-Mail senden oder faxen.

beitraege@bkk-freudenberg.de

SEPA DIRECT DEBIT MANDATE

PRIVATE CUSTOMERS

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT PRIVATKUNDEN

Contribution account number (health insurance number)
Beitragskontonummer (Krankenversichertennummer)

Mandate for one-time payment
Mandat für einmalige Zahlung

Mandate for recurring payment
Mandat für wiederkehrende Zahlung

I authorize BKK Freudenberg to collect payments from my account by direct debit. At the same time, I instruct my bank to honor the direct debits drawn on my account by BKK Freudenberg.

Note: I may request a refund of the amount debited within eight weeks, starting from the date of debit. The terms agreed with my bank shall apply.

Ich ermächtige die BKK Freudenberg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK Freudenberg auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Personal Details Persönliche Daten

Surname, first name Name, Vorname

Date of birth Geburtsdatum

Street, house number Straße, Hausnummer

Postal code, city PLZ, Ort

Bank Details Bankverbindung

Account holder (if different from the person named above) Kontoinhaber (falls abweichend von oben genannter Person)

Name of bank Name der Bank

IBAN IBAN

BIC (only for foreign bank accounts) BIC (nur bei Auslandskonto)

Signature Unterschrift

Place, date Ort, Datum

Signature Unterschrift

X